

Si bien se reconoce que la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para las y los bebés, existe un porcentaje de niños con alergia a la proteína de la leche vacuna y/o desordenes, enfermedades o trastornos gastrointestinales y enfermedades metabólicas que suponen la utilización de leches medicamentosas.

Es por esto que en el marco de sus acciones de promoción de la lactancia y en cumplimiento de la Ley N° 27.305 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=267397> que contempla la cobertura integral de leches medicamentosas, la Obra Social ha incorporado las siguientes coberturas:

1. **Por alergia a la proteína de la leche vacuna o mala absorción severa** (fibrosis quística del páncreas, daño intestinal por patologías severas, insuficiencia hepática, celiaquía con atrofia severa del intestino corto):

a) Se deberá presentar resultado de IGE (específica –rast) con historia clínica completa del pediatra.

b) La cobertura se evaluará a partir del tercer mes de vida para fomentar la lactancia materna, salvo que medicamento corresponda su utilización antes del tercer mes de vida.-

c) Las leches cubiertas son las siguientes:

Neocate

Kas 1000

Nutrilon Pepti Junior HE

Alfare

d) Cantidad:

Hasta 4 kg. mensuales para niños y niñas en el tercer y cuarto mes de vida.

Hasta 3 kg. mensuales para niños y niñas hasta el sexto mes de vida.

Hasta 2 kg mensuales para niños y niñas hasta el primer año de vida.

2. Por Intolerancia a la lactosa:

a) Se deberá presentar historia clínica completa del pediatra- gastroenterología.

b) La cobertura se evaluará a partir del tercer mes de vida para fomentar la lactancia materna, salvo que medicamento corresponda su utilización antes del tercer mes de vida.-

c) Las leches cubiertas son las siguientes:

L-K infantil

Nan sin lactosa

Nutrilon sin lactosa

d) Cantidad:

Hasta 3 kg mensuales para niños y niñas hasta el sexto mes de vida.

Luego del sexto mes estará sujeto a reevaluación clínica.

3. Por reflujo:

a) Se deberá presentar prescripción médica del gastroenterólogo y/o estudios previos que avalen la patología (Seriada – ph metria).

b) La cobertura se evaluará a partir del tercer mes de vida para fomentar la lactancia materna, salvo que medicamento corresponda su utilización antes del tercer mes de vida.-

c) Las leches cubiertas son las siguientes:

Nan AR

Nutrilon AR

d) Cantidad:

Hasta 3 kg mensuales para niños y niñas hasta el sexto mes de vida.

Luego se puede comenzar a usar espesantes en leche común tipo nestum

4. Por casos excepcionales (no contemplados anteriormente)

a) **Errores congénitos del metabolismo** (por ejemplo cuando se requiere de una fórmula específica a los niños que le falta una proteína);

– Se deberá solicitar resultados de laboratorio según corresponda.

Fenilalanina – alanina: para la fenilcetonuria

Leucina para la leucinosis

Leche de soja para la galactosemia: Las leches cubiertas son: nutrilon soya, enfamil soya c/ lipil e isomil

– Se autorizará hasta el año de vida.

b) **Fórmulas para prematuros:**

Cantidad: hasta 3 kg. por mes.

– Se autorizará hasta que cumpla las 40 semanas de edad gestacional.

c) **Bebés con contra indicación de la leche materna** por ingesta de medicamentos maternos o enfermedad infectocontagiosa:

Cantidad: hasta 2 kg. por mes hasta los tres meses de vida

d) **Embarazos gemelares:**

Cantidad: hasta 2 kg. por mes hasta los tres meses de vida.

El armado del expediente para la provisión/autorización de leche deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Fotocopia de la historia clínica del pediatra de cabecera, con curva ponderal.

Fotocopias de los estudios realizados según algoritmo para el oportuno diagnóstico avalado por consensos de la especialidad. Los estudios así exigidos se listarán según sea el diagnóstico esgrimido para la oportuna solicitud.

La provisión se hará en las **cantidades y por los períodos determinados por la auditoría médica**, considerando los principios solidarios de la Obra Social, sin que esto implique la exigencia como cobertura dentro del PMI, dado que no estamos ante un medicamento, siendo la **alimentación del niño** una obligación a cargo de los padres (conf. Art. s. 264 y ss. Código Civil de la Nación)

SOLICITUD DE COBERTURA DE LECHE POR VIA DE EXCEPCION

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Nro. Afiliado:

(Los siguientes datos serán provistos por el PEDIATRA DE CABECERA TRATANTE.
Se ruega completar todos los apartados.)

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: (Adjuntar HC, estudios)

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE:

EDAD MATERNA:

OCUPACION:

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

PESO:

TALLA:

PC:

DIAGNOSTICOS:

- Hipogalactie materna
- Patología mamaria
- Reflujo Gastroesofágico
- Ingesta materna necesaria de
- Medicamentos contraindicados durante la lactancia
- Alergia a la proteína de leche de vaca
- Enfermedad materno infecto-contagiosa
- Sme genético
- Intolerancia a la lactosa
- Enfermedad Neurológica

PLAN DE TRATAMIENTO:

Leche Prescripta:

ML por biberón:

Cantidad de tomas día:

Cantidad prescripta:

**MEDICO TRATANTE:
M.P NRO:
TE DE CONTACTO:**